

※受付番号	
-------	--

## フルハーネス型墜落制止用器具特別教育 受講申込書

(      月分 ) ( 高知 ・ 須崎 ・ 四万十市 ) \*いずれかに○印をしてください

※印欄は記入しないでください。

地 区 協 会	会 員      ・      一 般	(いずれかに○印をしてください)	
事 業 場 名			
事業場所在地	〒 _____	連 絡 担当者名	
		T E L	
		F A X	

ふ り が な			
氏      名			
生 年 月 日	昭 和                      年      月      日 生	平 成	
現 住 所	〒 _____	Tel	
備      考			

年      月      日

一般社団法人 高知県労働基準協会連合会 殿

- ◆受講申込書に基づき修了証を発行させていただきますので、正確にご記入くださいますようお願いいたします。  
電話番号は、**9:00~17:00**に連絡可能な番号をご記入ください。
- ◆複数受講される場合は、コピーしてお使いください。(用紙サイズ、様式変更不可)
- ◆申込先 FAX 番号は、**088-861-5567**です。
- ◆ご記入いただいた個人情報につきましては、当連合会が責任を持って管理し、本講習の的確な実施のためにのみ利用させていただきます。

※	修了証番号		交付年月日
---	-------	--	-------